



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

PEDRO HANS FEITOSA CASTELO BRANCO

**CUIDADOS PALIATIVOS E DIGNIDADE HUMANA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CAJAZEIRAS-PB
2018

PEDRO HANS FEITOSA CASTELO BRANCO

**CUIDADOS PALIATIVOS E DIGNIDADE HUMANA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
de graduação, apresentado na
Universidade Federal de Campina Grande
- UFCG, como requisito básico para a
conclusão do curso de medicina.

Orientador: Prof. Francisco José
Gonçalves Figueiredo

CAJAZEIRAS-PB
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

C349c Castelo Branco, Pedro Hans Feitosa.

Cuidados paliativos e dignidade humana: uma revisão sistemática /
Pedro Hans Feitosa Castelo Branco. - Cajazeiras, 2018.

47f.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Francisco José Gonçalves Figueiredo.

Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2018.

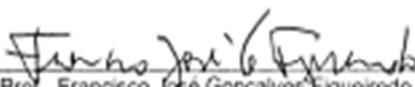
1. Cuidados paliativos. 2. Bioética. 3. Pacientes terminais. 4.
Dignidade. I. Figueiredo, Francisco José Gonçalves. II. Universidade
Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV.
Título.

PEDRO HANS FEITOSA CASTELO BRANCO

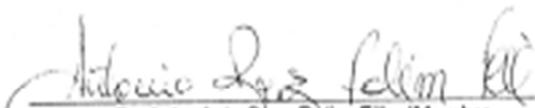
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
Bacharelado em Medicina da Universidade
Federal de Campina Grande/UFCC, como
pré-requisito para obtenção do título de
Médico.

Aprovado em 31/02/18

BANCA EXAMINADORA


Prof. Francisco José Gonçalves Figueiredo -
UFCC (Orientador - UACV/UFCC)


Prof. Dra. Natalia Bitu Pinte - UFCC (Membro
examinador - UACV/UFCC)


Prof. Antônio Braz Rêlim Filho (Membro
examinador - FAFIC)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente à Deus, por ter me dado forças e continuado comigo em cada passo do caminho. Por nunca ter me abandonado nos momentos difíceis.

Aos meus pais pelos exemplos de perseverança, força, honestidade e bondade que sempre me deram. Tudo que sou, onde cheguei e onde pretendo chegar foi por vocês. Obrigado por nunca desistirem. Parafraseando Isaac Newton: “Se cheguei até aqui foi porque me apoie nos ombros de gigantes”. Vocês são e sempre serão meus gigantes

Aos meus familiares pelo amor incondicional. Ao meu irmão pelo exemplo de coragem e por mostrar-me que sempre podemos recomeçar.

À minha companheira Luiza Beatriz, pelo exemplo de mulher forte e decidida. Por ter me incentivado, motivado e consolado quando necessário. Esta conquista não existiria sem sua ajuda.

Aos pacientes que ficaram sob o meu cuidado, pela paciência e pelos ensinamentos valiosos. Obrigado por me deixar mergulhar em suas vidas, suas dores e suas fragilidades. Vocês foram o maior tesouro que encontrei na graduação. Saibam que fiz o meu melhor. Se consegui aliviar seu sofrimento por apenas alguns minutos já me considero um médico realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Francisco José Gonçalves Figueiredo, pela sabedoria com que me guiou nesta trajetória.

Aos meus colegas de sala.

A Secretaria do Curso, pela cooperação.

Gostaria de deixar registrado também, o meu reconhecimento à minha família, pois acredito que sem o apoio deles seria muito difícil vencer esse desafio.

Enfim, a todos os que por algum motivo contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

BRANCO, P.H.F.C. **Cuidados paliativos e dignidade humana: uma revisão integrativa.**2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Medicina. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2017.

Vivemos em uma época onde há progressivo envelhecimento populacional, associado a um predomínio de doenças de evolução lenta, crônicas e degenerativas. Com o surgimento dos protocolos em cuidados paliativos os profissionais ganharam a oportunidade de tornar o processo de morte mais digno e menos doloroso. Por esse motivo, surge o interesse em alertar para a importância do CP em preservar a dignidade humana e promover o alívio da dor em pacientes terminais. Esse trabalho tem como objetivo enfatizar a importância dessa modalidade de cuidado na preservação dos direitos fundamentais do Homem. Para sua elaboração foi realizada uma revisão qualitativa sistemática de artigos sobre cuidados paliativos e seus aspectos relacionados a defesa da dignidade humana. Como resultado, foram encontrados 67 artigos referentes a temática proposta, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos. Ao final, foram selecionados 20 artigos, que foram organizados de modo a compor esta revisão. Concluímos que diversos assuntos ligados a morte ainda continuam tabu, dividindo opiniões na literatura e dentro dos hospitais, porém antes de tudo é necessário garantir a dignidade humana do começo da vida ao seu fim, salvaguardando os direitos universais e a liberdade individual.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo, Bioética, Dignidade.

ABSTRACT

BRANCO, P.H.F.C. **Cuidados paliativos e dignidade humana: uma revisão integrativa.**2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Medicina. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2017.

We live in an age where there is progressive aging, associated with a predominance of slow, chronic and degenerative diseases. With the emergence of protocols in palliative care professionals have gained the opportunity to make the death process more dignified and less painful. For this reason, there is interest in alerting to the importance of CP in preserving human dignity and promoting pain relief in terminally ill patients. This work aims to emphasize the importance of this modality of care in the preservation of fundamental human rights. For its elaboration a systematic qualitative review of articles on palliative care and its aspects related to the defense of human dignity was carried out. As a result, 67 articles regarding the proposed theme were found, excluding those that did not meet the established criteria. At the end, 20 articles were selected, which were organized in order to compose this review. We conclude that various issues related to death still remain taboo, dividing opinions in the literature and within hospitals, but above all it is necessary to guarantee human dignity from the beginning of life to its end, safeguarding universal rights and individual freedom.

Keywords: Palliative care. Bioethics. Dignity.

LISTA DE ABREVIATURAS

CP	Cuidados paliativos
TAD	antidepressivos tricíclicos
SNRI	Inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina
SSRI	Inibidores seletivos da recaptção da serotonina
DNRI	Inibidores da recaptção de dopamina e norepinefrina.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	12
3	METODOLOGIA.....	13
4	RESULTADOS.....	14
5	DISCUSSÃO.....	20
5.1	Histórico.....	20
5.2	Conceitos.....	20
5.3	Princípios Básicos.....	21
5.4	Manejo da Dor.....	25
5.5	Cuidados Paliativos e Dignidade.....	28
5.6	Direito à Personalidade.....	29
5.7	Autonomia.....	30
5.8	Ferramentas Legais de Expressão da Autonomia.....	31
6	CONCLUSÃO.....	32
7	REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

O envelhecimento gradual da população e principalmente a inversão a pirâmide etária (com maior predomínio da população idosa) tem se tornado um dos maiores desafios da prática médica no século XXI. Além disso, o aumento da expectativa de vida e a maior prevalência de doenças crônicas e debilitantes aumentaram exponencialmente a necessidade de conhecimento sobre os cuidados ao paciente terminal (LEAL NETO, 2016).

Desta forma, ter uma doença que ameaça a vida pode resultar em uma experiência de morte com maior sofrimento físico, mental e social. Nesta seara, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária, com precisão ao promover qualidade de vida, possibilitando o alívio do sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência física. Muitos profissionais de saúde desconhecem técnicas de palição e as publicações nessa área de atuação são escassas (CUIDADOS PALIATIVOS, 2013).

Os profissionais da área de saúde sabidamente lidam com muitos pacientes terminais e com todo o tabu relacionado a morte. Muitos médicos não recebem treinamento formal em comunicação e outros aspectos essenciais no trato com pacientes terminais, como tratamento da dor ou dar notícias de piora ou intratabilidade, e com isso, não raras vezes, não se encontram adequadamente preparados para este cuidado. Este fato pode causar um profundo sentimento de impotência e fracasso que faz o médico utilizar, como mecanismo de defesa, o distanciamento do paciente. (POLETTTO 2016).

Os pacientes “fora da possibilidade de intervenção médica” continuam, na maioria das ocasiões, sem assistência adequada que atenuem sintomas comuns à pacientes terminais que fogem a simples intervenção farmacológica e requerem atuação de toda a equipe multidisciplinar e conhecimento das várias alterações por que passa esse indivíduo. Segundo a revisão bibliográfica realizada por Daniele Yuri Saito e colaboradores a falta de conhecimento e de treinamento desempenha papel fundamental dentro desse processo de negligência.

Com o surgimento dos protocolos em cuidado paliativo os profissionais ganharam a possibilidade de tornar o processo de morte mais digno e menos

doloroso tanto para o enfermo quanto para a família. Além disso, aumentar a qualidade de vida do paciente terminal.

Segundo a Organização Mundial da Saúde o cuidado paliativo é aquele prestado ao paciente sem perspectiva de cura que visa o alívio do sofrimento do mesmo, não apenas no âmbito físico, mas abrangendo os aspectos sociais e espirituais, acompanhando o paciente no seu processo de morte sem fazer nada para adia-lo ou adianta-lo de maneira a causar o mínimo de sofrimento possível (PINELI,2014).

Por esse motivo, surge o interesse em alertar para a importância do CP em preservar a dignidade humana e promover o alívio da dor em pacientes terminais.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão integrativa sobre cuidado paliativo e dignidade da pessoa humana, utilizando publicações mais recentes sobre o tema. Desse modo, enfatizar a importância dessa modalidade de cuidado na preservação dos direitos fundamentais do Homem.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão qualitativa sistemática de artigos sobre cuidados paliativos e seus aspectos relacionados a defesa da dignidade humana. Foi realizada uma pesquisa na literatura através do banco de dados Scielo on-line e Scopus limitando-se a artigos publicados entre 2010 e 2017. A razão para limitar a busca entre 2010 e 2017 foi porque nos últimos sete anos encontramos um maior volume de artigos abordando o tema e que continham conceitos importantes para elaboração da revisão. Os seguintes descritores foram usados, em inglês, para pesquisar em Scopus: (1)"Palliative care" (termo MESH);(2)"Bioethics" (termo MESH); (3) "Dignity" (termo MESH). Os mesmos termos foram utilizados na base de dados Scielo. A análise do artigo seguiu o critério de elegibilidade previamente determinado. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) Artigos originais com acessibilidade ao texto completo on-line; (2) Estudos relativos a cuidados paliativos e dignidade; (3) Artigos escritos em inglês e português; (4) Artigos selecionados pelos pesquisadores publicados em revistas importantes na área da bioética. Os critérios de exclusão foram: (1) Não sobre cuidado paliativo e dignidade; (2) Relato de caso; (3) Nota; (4) Texto completo não disponível; (5) Sem relevância. Cada artigo foi lido na íntegra.

4 RESULTADOS

Foram utilizados como critérios de inclusão os textos que abordavam os princípios do cuidado paliativo, enfatizando a dignidade e o manejo da dor e textos publicados entre 2010 e 2017 (maioria dos artigos são publicações recentes de 2015 a 2017). Assim, foram encontrados 67 artigos referentes a temática proposta, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos. Ao final, foram selecionados 20 artigos, que foram organizados de modo a compor esta revisão. Também foram incluídos textos de revistas importantes da área jurídica e bioética, pois foi considerado que esses trariam fundamentos indispensáveis ao trabalho.

TABELA I: Principais Conclusões

AUTOR	CONCLUSÃO
(MORAES,2010)	O termo cuidado paliativo (CP) se entrelaça historicamente com o termo hospice. Hospice é a tradução da palavra latina <i>hospitium</i> para o francês, que significa lugar ou laço estabelecido entre as pessoas. Um bom exemplo situa-se historicamente no século VI quando os beneditos cuidavam, em seus conventos, de monges e peregrinos exaustos. Nesses lugares, além de cura física, os pacientes também recebiam aconselhamento espiritual
(MORAES,2010).	No Brasil, o cuidado paliativo chegou no final da década de 80 quando nossa atenção à saúde ainda era voltada ao modelo hospitalocêntrico e as escolas médicas com o ensino focado no modelo biológico
COELHO,2017).	A arte do CP é a arte da humanização. Humanizar-se é primeiro o ato de dar condição humana, virtude sem qual não podemos verdadeiramente oferecer tratamento de qualidade aos doentes terminais
(OMS,2014).	O cuidar é essencial para construção

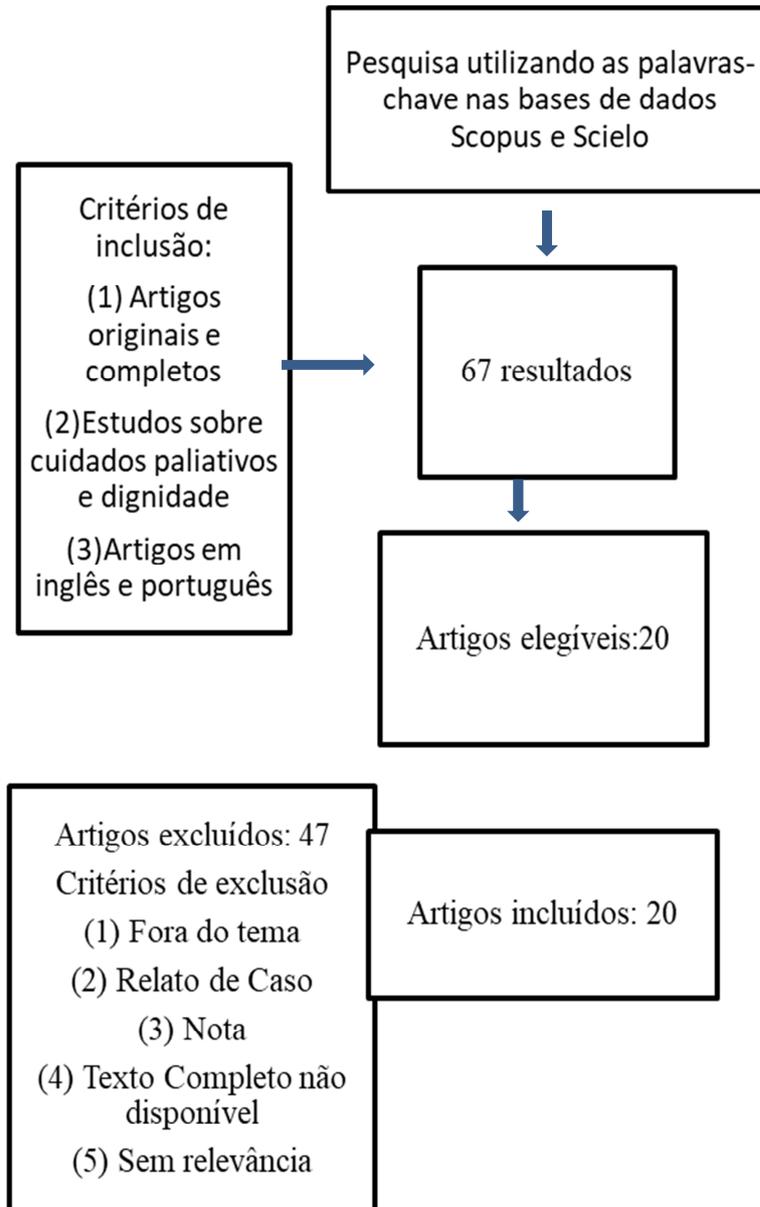
	da saúde, pois exercita a habilidade de visualizar e participar de um mundo mais digno. O grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação integral em relação a sua dor e ao seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana.
(FREITAS ,2013).	em seus princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A bioética norteia que todos a os avanços a área das ciências da saúde devem estar a serviço da humanidade e apresenta-se como uma nova consciência ética, na busca de respostas equilibradas diante dos conflitos éticos da atualidade
(PAIVA,2014).	Os principais conceitos da bioética vão ao encontro do que o Cuidado Paliativo pretende fornecer ao paciente. Primeiramente respeitar a autonomia, pois pressupõe-se que para o exercício das moralidades é preciso existir pessoa autônoma
(OLIVEIRA,2016)	A dor é considerada um dos principais sintomas dos pacientes terminais e é sabidamente uma experiência subjetiva associada a manifestações físicas, cognitivas, culturais e psicológicas
(KOVACS,2014)	O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida. O que não significa banalizar a morte e nem deixar de lutar pela existência física
(SANTANA,2017).	Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares ajudarão nas decisões. (SANTANA,2017).
(CÓDIGO DE ÉTICAMÉDICA,2009)	

	Nos casos de doença incurável ou terminal deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante
CELLA,2017	A dor é um evento estressante para todo paciente e pode ter consequências negativas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, ainda mais quando é acompanhada por uma doença crônica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs que a dor de câncer seja uma emergência médica mundial. .
(WATERKEMPER,2010).	A dor é um dos principais pontos tratados em CP. O seu controle para o alívio do desconforto e sofrimento é uma das preocupações mais presentes no dia-a-dia dos profissionais de saúde que trabalham com esse tipo de paciente
(ROCHA et al, 2013	O desenvolvimento científico-tecnológico sem dúvidas traz benefícios inquestionáveis às diversas esferas da saúde humana. Constantemente os profissionais da saúde são surpreendidos com novas técnicas terapêuticas e possibilidades de modificar o curso de diversas doenças, a exemplo do prolongamento artificial da vida.
(MORAES, 2010).	Frente a essa iminente possibilidade que se alcançou de interferência nos processos da vida humana, dentre eles o prolongamento do processo de morrer (ainda que sob obstinados procedimentos terapêuticos), o significado da morte e o entendimento de finitude passou a integrar esta discussão, expresso pela ideia de morte digna.
(JUNGES,2010).	Dentro desse paradigma percebe-se que a medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente.

	A ética médica tradicional era marcada por uma forte lógica paternalista
(PAIVA et al, 2014).	Paiva e colaboradores concordam que a conduta para os pacientes terminais está diretamente relacionada à dignidade humana e o respeito a sua autonomia nas decisões durante o processo de morte. Embora o direito à vida seja inerente ao indivíduo, deve ser sempre visto à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. Se a vida é direito fundamental a dignidade a segue, portanto, a vida só é significativa se for digna
(MARTINEZ,2015).	A constituição brasileira de 1988 em seu artigo 5 também trata exatamente desse tema, garantindo a inviolabilidade do direito à vida, porém ao harmonizarmos essa leitura com o princípio da dignidade e do direito a personalidade, percebemos que a vida não é um direito absoluto uma vez que o mesmo não deve resultar em um dever. Em última análise seria indigno imputar uma obrigação de viver ao paciente que esteja em estágio terminal e decide abrir mão desse direito
(CHRISTENSEN,2012).	Para entender o conceito que o cuidado paliativo tenta passar a etimologia da palavra autonomia é importante. Autonomia é palavra derivada do grego <i>auto</i> (próprio) e <i>nomos</i> (lei, regra, norma), exprimindo originariamente a ideia de autogoverno, a qual, aplicada à pessoa, remete à perspectiva de autodeterminação para a tomada de decisões acerca da própria vida, incluindo dimensões como a saúde, a integridade psicofísica e as relações sociais. Ser autônomo é ter liberdade de pensamento, ser livre de influências internas ou externas para optar entre as alternativas que lhe são apresentadas
KOVÁCS,2014).	O chamado testamento vital teve sua origem nos EUA em 1969, estabelecido como documento de

	<p>direito de recusa de tratamento médico com o objetivo de prolongar a vida nos casos de diagnóstico de doença terminal ou estado vegetativo sem esperança de reversão. Trata-se de declaração escrita, que deve ser entregue ao médico, familiares ou representantes legais.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 1: Fluxograma indicando as etapas seguidas na elaboração da revisão sistemática.



5 DISCUSSÃO

5.1 HISTÓRICO

O termo cuidado paliativo (CP) se entrelaça historicamente com o termo hospice. Hospice é a tradução da palavra latina *hospitium* para o francês, que significa lugar ou laço estabelecido entre as pessoas. Um bom exemplo situa-se historicamente no século VI quando os beneditinos cuidavam, em seus conventos, de monges e peregrinos exaustos. Nesses lugares, além de cura física, os pacientes também recebiam aconselhamento espiritual. Hospice representa em última instância um lugar de descanso. Analogamente essa expressão foi utilizada posteriormente para hospitais e asilos. O termo paliativo deriva da palavra latina *pallium* que traduzida para o português significa manta ou coberta (MORAES,2010).

No Brasil, o cuidado paliativo chegou no final da década de 80 quando nossa atenção à saúde ainda era voltada ao modelo hospitalocêntrico e as escolas médicas com o ensino focado no modelo biológico (MORAES,2010).

Hoje temos em nosso país um total de 26 serviços de CP. Muitos começaram como centros voltados para o manejo da dor e posteriormente tornaram centro especializados em CP (MIGUEL,2010).

5.2 CONCEITOS

A arte do CP é a arte da humanização. Humanizar-se é primeiro o ato de dar condição humana, virtude sem qual não podemos verdadeiramente oferecer tratamento de qualidade aos doentes terminais (COELHO,2017).

O cuidar é essencial para construção da saúde, pois exercita a habilidade de visualizar e participar de um mundo mais digno. O grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação integral em relação a sua dor e ao seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana. (OMS,2014).

Silveira e colaboradores concluem que é um direito natural do ser humano cuidar e ser cuidado. A valorização do componente familiar é essencial no tratamento de doentes terminais. Assim para proporcionar CP devemos atender os pacientes de forma integral valorizando o Ser acima da doença

A prática de cuidados paliativos conversa intimamente com o conceito de bioética, considerada uma ciência relacionada à sobrevivência humana, voltada a defender a melhoria das condições de vida, incitar reflexões sobre o agir humano, buscando assegurar o bem-estar e a sobrevivência da humanidade com base em seus princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A bioética norteia que todos os avanços na área das ciências da saúde devem estar a serviço da humanidade e apresenta-se como uma nova consciência ética, na busca de respostas equilibradas diante dos conflitos éticos da atualidade (FREITAS, 2013).

Os principais conceitos da bioética vão ao encontro do que o Cuidado Paliativo pretende fornecer ao paciente. Primeiramente respeitar a autonomia, pois pressupõe-se que para o exercício das moralidades é preciso existir pessoa autônoma. A beneficência estabelece a obrigação de agir sempre em benefício do outro. Finalmente o princípio da não maleficência, que proíbe o profissional da saúde de, intencionalmente, causar mal ao seu paciente (PAIVA, 2014).

5.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS

Os cuidados paliativos englobam os conhecimentos adquiridos por várias especialidades na área da saúde. Dessa maneira, existe uma vasta área a ser pesquisada sobre o tema, porém grande parte dos artigos pesquisados entram em consonância em alguns princípios básicos referentes ao assunto que serão discutidos a seguir.

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis

A dor é considerada um dos principais sintomas dos pacientes terminais e é sabidamente uma experiência subjetiva associada a manifestações físicas, cognitivas, culturais e psicológicas. Em 1979, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) padronizou e tornou internacional o conceito de dor, como "experiência desagradável, emocional e sensorial associada à lesão tecidual real ou potencial ou descrita em tais termos". Na oncologia, o conceito de dor foi introduzido por Cicely Saunders como "Dor Total", onde a dor é composta de vários componentes: físico, social, mental e espiritual. A dor no paciente terminal pode ser induzida por procedimentos diagnósticos e terapêuticos que podem ser desconfortáveis (OLIVEIRA, 2016)

2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida. O que não significa banalizar a morte e nem deixar de lutar pela existência física. A morte humanizada é abordada por Kovacs e colaboradores, enfatizando a necessidade do paciente como centro da ação, resgatando seu processo de morrer. A morte deve ser abordada como significante da existência, por isso tratada com respeito, humildade, sem banimento ou banalização. A morte é conselheira e o profissional, seu aprendiz (KOVACS,2014).

Pacientes gravemente enfermos são estigmatizados, nomeados como terminais, associados ao "nada mais há a fazer". Há expectativa de sofrimento e dor na hora da morte, conjugados a doenças como câncer, o que é verdade em parte. Pacientes podem ficar isolados. O temor por presenciar um ente querido em sofrimento e o sentimento de impotência podem distanciar a família e amigos. Os pacientes em fase terminal vivem perdas financeiras, de autonomia e do corpo saudável. Por esse motivo, torna-se necessário suporte da equipe multiprofissional em afirmar esse processo como natural da existência (KOVACS,2014).

3. Não acelerar nem adiar a morte

Enfatiza-se desta forma que Cuidado Paliativo não significa eutanásia, como muitos ainda querem acreditar. Esta relação ainda causa decisões equivocadas por parte do paciente e da própria família quanto à realização de intervenções desnecessárias e a enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do fazer e do não fazer. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares ajudarão nas decisões. (SANTANA,2017).

O código de ética médica deixa claro que na palição o paciente é agente ativo no seu tratamento:

“Nos casos de doença incurável ou terminal deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante.” (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA,2009)

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

O psiquiatra Augusto Cury em seu livro “ O Futuro da Humanidade” descreve como as escolas médicas ensinam perfeitamente a parte da ciência e pouco sobre o humanismo, sobre o ser “médico de almas”. Uma habilidade imprescindível aos profissionais da saúde é ter ciência que sob os escombros do sofrimento, das perdas, misérias físicas e psíquicas existem belíssimas histórias de vida, regadas de esperança, lágrimas e amor (CURY,2005).

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados para isto. As perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e conseqüentemente de *status* social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença (TAVARES,2013).

A espiritualidade pode ser entendida como a busca do significado e sentido da vida, em dimensões que transcendem o material, que levam o sentir humano à experiência de algo maior que a própria existência, podendo ou não estar relacionada com uma prática religiosa formal. É inegável que a relação entre a dimensão espiritual e a saúde do corpo físico, tem-se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária, devendo ser vistos como uma vivência verdadeira tanto da pessoa que é cuidada quanto daquelas que cuidam; (TAVARES,2013).

5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.

Não devemos nos esquecer que qualidade de vida e bem-estar implicam a vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional. Resolver problemas dessa origem para os pacientes também é dever do médico. (PIELI,2017).

6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença

De acordo com o Atlas Global de Cuidados Paliativos, o apoio de familiares e cuidadores é muito comum e importante para pacientes com necessidades de cuidados paliativos, especialmente em comunidade. A implementação de serviços

de cuidados paliativos deve oferecer suporte e informação para familiares e cuidadores na intenção de fornecer cuidado amplo a saúde (OLIVEIRA,2017)

Considerando a perspectiva mais ampla do cuidado a pacientes em cuidados paliativos a presença de um cuidador se faz mister. Essa pessoa pode ser da própria família e/ou da comunidade, com o devido apoio e orientação de um profissional da saúde, cujo papel ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos. Eles devem estar preparados para vivenciar o processo de morrer e morte do seu ente querido, sobretudo dentro das suas casas, uma vez que muitos deles não possuem essa experiência e têm medo de vivenciá-la (OLIVEIRA,2017).

7. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Com uma abordagem *integral*, observando este paciente como um ser formado por diversas camadas, poderemos, respeitando seus desejos e necessidades, melhorar sim o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida (BENITES, 2017).

8. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados imediatamente após o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Desta forma iremos cuidar do paciente os variados momentos de progressão da doença, não devendo privá-lo de outras possibilidades e diagnósticas de tratamento que a medicina modera pode oferecer. Necessitamos utilizá-los de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados (OMS,2014).

Uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de Complicações advindos da doença de base, além de permitir o diagnóstico e tratamento adequados de doenças que possam existir paralelamente à doença principal. Uma boa avaliação baseada em exames bem requisitados, além da definição da capacidade funcional do paciente são importantes para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença (COELHO, 2017).

5.4 MANEJO DA DOR

A dor é um evento estressante para todo paciente e pode ter consequências negativas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, ainda mais quando é acompanhada por uma doença crônica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs que a dor de câncer seja uma emergência médica mundial. Nesta população, a dor moderada à grave está presente em 30% dos indivíduos que já estão sendo tratados e sua prevalência aumenta com a progressão da doença, afetando 50 a 75% dos pacientes. Obviamente essa população tem uma grande piora na qualidade, tornando o manejo da dor fator extremamente importante no manejo clínico. (CELLA,2017).

A dor é um dos principais pontos tratados em CP. O seu controle para o alívio do desconforto e sofrimento é uma das preocupações mais presentes no dia-a-dia dos profissionais de saúde que trabalham com esse tipo de paciente (WATERKEMPER,2010).

Por ser um dos sintomas mais comuns em pacientes terminais o estudo do tratamento da dor é essencial para proporcionar dignidade aos mesmos.

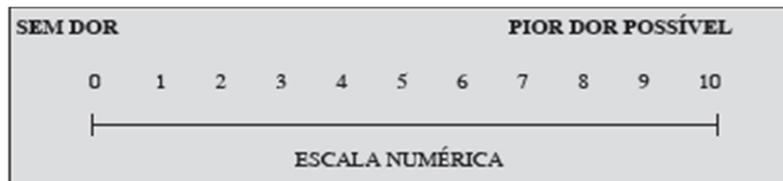
O câncer é um dos processos patológicos que mais se associa à dor crônica. Nesses casos, os pacientes experimentam dores de diversas etiologias (neuropáticas, nociceptivas ou mistas) que podem ser constantes ou intermitentes. O processo de dor também é conhecidamente subjetivo, portanto pode ser afetado por fatores psicossociais, como ansiedade, depressão e cognição. Esses fatores podem influenciar na percepção da dor e contribuir para seu tratamento (BORGHI,2014).

Para controlar a dor de maneira eficaz dispomos de diversos artifícios, entre eles a auto avaliação que fornece uma dimensão mais pessoal, onde a fala da pessoa é o padrão ouro da coleta de dados. É de importância utilizar dados, como a característica da dor, influência no estado psicológico, nas atividades diárias, existência de outras comorbidades além da doença de base, tratamentos prévios. Desse modo, podemos garantir uma abordagem abrangente (RAMOS,2017).

Em sua fisiopatologia a dor pode ser classificada em três tipos: dor nociceptiva, dor de neuropática e dor mista. A dor nociceptiva, ocorre por ativação fisiológica de receptores de dor e está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares. A dor neuropática é definida como dor iniciada por

lesão ou disfunção do sistema nervoso. Podemos analisá-la como uma ativação defeituosa do sistema da dor nociceptiva. Contrariamente à dor nociceptiva, a dor neuropática responde pobremente aos analgésicos usuais, como paracetamol, dipirona, AINES, opióides fracos (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2012).

Na avaliação de um processo subjetivo como a dor precisamos aplicar escalas quantitativas na avaliação do paciente. A escala visual analógica (EAV) surge neste contexto como excelente ferramenta, podendo ser preenchida pelo paciente em menos de 30 segundos e seus escores estão fortemente relacionados com o índice de sofrimento físico e psíquico dos pacientes. Solicita-se ao paciente que assinale a intensidade de seus sintomas em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor (NETO,2010).



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1083, de 02 de out. 2012. Dor Crônica, Brasília DF, out 2012.

Com a utilização de métodos quantitativos de avaliação da dor podemos propor tratamentos individualizados aos pacientes com dor crônica. A proposta terapêutica deve respeitar o escalonamento proposto pela Organização Mundial da Saúde segundo os Degraus da Escada Analgésica (Tabela I). A OMS salienta ainda que quando houver lesão concomitante de estruturas do sistema nervoso e escores elevados na escala de LANSS medicamentos para dor neuropática podem ser utilizados (MS,2012).

Tabela I: Escalonamento proposto pela organização mundial da saúde.

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e anti-inflamatórios+ Fármacos adjuvantes
2	Analgésicos e anti-inflamatórios+ fármacos Adjuvantes+ agonistas opióides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes+agonistas opióides fortes

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1083, de 02 de out. 2012. Dor Crônica, Brasília DF, out 2012.

Consideramos medicações adjuvantes aquelas usadas para tratar comorbidades, como relaxantes musculares ou antidepressivos. Prosseguimos para o próximo degrau casos os analgésicos não atenuem os sintomas em uma semana em associação e dose máxima (MS,2012).

A dor neuropática guarda particularidades e por esse motivo deve ser tratada a parte. O processo envolve diferentes etiologias, síndromes, mecanismos fisiopatológicos e sintomas clínicos, além de diferentes modalidades de tratamento. Os medicamentos mais utilizados para controlar a dor neuropática são antidepressivos, anticonvulsivantes e opióides, e mesmo assim sua eficácia ainda não é satisfatória para os pacientes, com 50% de alívio da dor em menos de um terço dos pacientes (Hennemann-Krause,2016). Hennemann-Krause e colaboradores elaboraram um guia para controle de dor neuropática após revisão de protocolos de diversas associações internacionais. O resultado encontra-se exposto na tabela II.

Tabela II: Guia para controle de dor neuropática

DROGAS DE 1 LINHA
GABAPENTINOIDES/TAD/SRI
DROGAS DE 2 LINHA
OPIOIDES FRACOS/OPIOIDES FORTES
DROGAS DE 3 LINHA
SSRI/DNRI/OUTROS ANTICONVULSIVANTES

Fonte: HENNEMANN-KRAUSE, Lilian; SREDNI, Sidney. Systemic drug therapy for neuropathic pain. Rev. dor, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 91-94, 2016.

TAD = antidepressivos tricíclicos; SNRI = inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina; SSRI = inibidores seletivos da recaptção da serotonina; DNRI - inibidores da recaptção de dopamina e norepinefrina.

Ainda segundo Hennemann-Krause e colaboradores o ideal é que o controle, no início, seja feito com a monoterapia. Porém, como muitas dessas medicações causam efeitos adversos indesejáveis o ajuste de dose e a combinação de medicações com efeitos sinérgicos é interessante.

5.5 CUIDADOS PALIATIVOS E DIGNIDADE

O desenvolvimento científico-tecnológico sem dúvidas traz benefícios inquestionáveis às diversas esferas da saúde humana. Constantemente os profissionais da saúde são surpreendidos com novas técnicas terapêuticas e possibilidades de modificar o curso de diversas doenças, a exemplo do prolongamento artificial da vida. São necessárias reflexões bioéticas que visem discutir a limitação médico-terapêutica, sustentada pelo princípio do respeito à autonomia, de forma a fornecer mecanismos que garantam o respeito à vontade do paciente terminal, o questionamento sobre o que é obrigatório, opcional ou indevido proporcionar ao paciente. Postura essa que, acorde com as novas metas da medicina atual, assume o dever do cuidado quando o doente se encontra em caso de irreversibilidade (ROCHA et al, 2013).

Frente a essa iminente possibilidade que se alcançou de interferência nos processos da vida humana, dentre eles o prolongamento do processo de morrer (ainda que sob obstinados procedimentos terapêuticos), o significado da morte e o entendimento de finitude passou a integrar esta discussão, expresso pela ideia de morte digna. Abre-se neste paradigma novo questionamento sobre a livre escolha da pessoa humana ante a morte (MORAES, 2010).

Dentro desse paradigma percebe-se que a medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente. A ética médica tradicional era marcada por uma forte lógica paternalista. Ao paciente cabia apenas obedecer às decisões médicas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado apenas pela ótica do médico, sem considerar os valores e crenças dos pacientes. Somente a partir da década de 1960, os códigos de ética profissionais passaram a reconhecer o doente como agente principal no seu tratamento, buscando respeitar sua autonomia (JUNGES, 2010).

Paiva e colaboradores concordam que a conduta para os pacientes terminais está diretamente relacionada à dignidade humana e o respeito a sua autonomia nas decisões durante o processo de morte. Embora o direito à vida seja inerente ao indivíduo, deve ser sempre visto à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. Se a vida é direito fundamental a dignidade a segue, portanto, a vida só é significativa se for digna (PAIVA et al, 2014).

Do ponto de vista ético-legal, a dignidade da pessoa tem seu lugar protegido na Carta Magna – segundo a qual *nenhuma pessoa será submetida a tratamento desumano ou degradante* –, no Código Civil, na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – cujo artigo 3º, incisos X e XI, *faculta a escolha do local de morte e o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto* (BRASIL,2011)

A constituição brasileira de 1988 em seu artigo 5 também trata exatamente desse tema, garantindo a inviolabilidade do direito à vida, porém ao harmonizarmos essa leitura com o princípio da dignidade e do direito a personalidade, percebemos que a vida não é um direito absoluto uma vez que o mesmo não deve resultar em um dever. Em última análise seria indigno imputar uma obrigação de viver ao paciente que esteja em estágio terminal e decide abrir mão desse direito (MARTINEZ,2015).

5.6 DIREITO A PERSONALIDADE

O termo "dignidade" foi definido pelo filósofo Immanuel Kant no estudo da Fundação da Metafísica das Morais, onde ele dissecou o conceito de dignidade do domínio da religiosidade, trazendo-o para o domínio político e social, definindo-o como um valor substituível que agrupa pessoas, desprovido de valor religioso. A este respeito, é uma qualidade intrínseca dos seres humanos, uma vez que eles têm autonomia no exercício do raciocínio prático, pois cada indivíduo possui personalidades individuais e indispensáveis distintas. O autor afirma que a autonomia e a dignidade são conceitos distintos, no entanto, inseparáveis no exercício da razão prática, e concluindo que, por esse motivo, somente os seres humanos podem ser revestidos com dignidade (DONATO,2016)

Um dos pilares do respeito à dignidade é o reconhecimento do direito à personalidade que nossa constituição busca garantir e que o cuidado paliativo tanto defende. Nossa constituição reconhece a potencialidade de expressões da personalidade humana, os valores intrínsecos que a pessoa traz em si que integram sua personalidade e lhe permitem desenvolver-se em sociedade. A dignidade da pessoa humana é o centro garantidor de sua personalidade (MARTINEZ, 2015).

Direito a personalidade consiste em um conjunto de direitos subjetivos, conferindo ao seu titular o poder de agir na defesa dos bens ou valores essenciais da personalidade englobando ,no aspecto físico o direito à vida e ao próprio corpo, no aspecto intelectual o direito à liberdade de pensamento, direito de autor e inventor, e no aspecto moral o direito à liberdade, à honra, ao recato, ao segredo, à imagem, à identidade e ainda, o direito de exigir de terceiros o respeito a esses direitos (MARTINEZ, 2015).

5.7 AUTONOMIA

Para entender o conceito que o cuidado paliativo tenta passar a etiologia da palavra autonomia é importante. Autonomia é palavra derivada do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma), exprimindo originariamente a ideia de autogoverno, a qual, aplicada à pessoa, remete à perspectiva de autodeterminação para a tomada de decisões acerca da própria vida, incluindo dimensões como a saúde, a integridade psicofísica e as relações sociais. Ser autônomo é ter liberdade de pensamento, ser livre de influências internas ou externas para optar entre as alternativas que lhe são apresentadas (CHRISTENSEN,2012).

Dentro do respeito a autonomia é preciso conceituar três práticas comuns no tratamento de doentes terminais: eutanásia, ortotanásia e distanásia. Eutanásia, a “boa morte”, é a prática destinada a evitar que o sofrimento do paciente se prolongue até a sua morte. Distanásia, a prática que o cuidado paliativo mais busca evitar, é a obstinação terapêutica, com a finalidade de retardar a morte inevitável. Já ortotanásia é a morte em seu processo natural, em que o paciente recebe apenas tratamento para eliminar ou diminuir suas dores e sofrimento (MORAIS,2010)

Dessa forma o CP apresenta uma nova forma de encarar o morrer e o poder de escolha do paciente fora da possibilidade de cura. Agora com o paciente como agente ativo no seu tratamento. Conceito que pode ser sintetizado no termo ortotanásia. Essa prática não acelera nem posterga a morte do indivíduo, mas lhe oferece um modo natural de morrer. Definindo a morte como parte do ciclo da vida, assegurando ao paciente o direito de morrer com dignidade. (PAIVA,2014).

5.8 FERRAMENTAS LEGAIS DE EXPRESSÃO DA AUTONOMIA

O chamado testamento vital teve sua origem nos EUA em 1969, estabelecido como documento de direito de recusa de tratamento médico com o objetivo de prolongar a vida nos casos de diagnóstico de doença terminal ou estado vegetativo sem esperança de reversão. Trata-se de declaração escrita, que deve ser entregue ao médico, familiares ou representantes legais. Relaciona-se à recusa de tratamentos percebidos como obstinação terapêutica (KOVÁCS,2014).

No Brasil, optou-se pelas diretivas antecipadas de vontade (DAV), que embora ainda não sejam lei têm o respaldo da Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhecendo o direito de o paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, e o dever do médico em cumpri-la. Neste documento consta previsão para que se detalhe, por escrito, os desejos e valores que devem fundamentar as decisões médicas sobre os tratamentos do paciente (CFM, 2009)

As DAV consideram que o paciente deverá participar ativamente na interrupção de tratamentos aos quais não deseja ser submetido. O que ainda é questão de discussão é se o paciente em estado terminal tem discernimento para decidir a interrupção. Em São Paulo, a lei estadual 10.241, de 17 de março de 1999, mais conhecida como "Lei Covas", regulamenta o direito de o usuário recusar tratamentos dolorosos e que só oferecem prolongamento precário e penoso da vida (CFM,2012).

As DAV devem ser assinadas quando o a pessoa está consciente e apta a delegar a uma pessoa de confiança sua decisão. A antecipação das diretivas ocorre, pois há dúvidas se pacientes com doença avançada têm possibilidade de decidir sobre suas vidas. Daí a importância de que esse tema seja discutido entre pacientes, familiares e equipe de cuidados. O objetivo principal é enfatizar a autonomia do paciente, o respeito a valores e escolhas da pessoa. O documento também respalda a conduta médica em situação de conflito, protegendo profissionais da acusação de omissão de socorro ou eutanásia (KOVÁCS,2014).

6 CONCLUSÃO

A morte é certamente um assunto preterido pela sociedade. Desse modo, o paciente é declarado morto mesmo antes do fato de se consumir. A chamada morte social acontece quando o paciente é privado dos preceitos básicos que garantem sua dignidade, como as decisões sobre o próprio e em resumo de sua autonomia.

Os cuidados paliativos nos apresentam a maior oportunidade de humanizar o cuidado aos pacientes terminais e devolver-lhes direitos que há tempo vêm sendo negados. Nesse sentido a bioética e o biodireito tem colaborado, promovendo discussões e criando novas ferramentas jurídicas para devolver a autonomia aos pacientes em cuidados paliativos, como o testamento vital e as DAV.

Diversos assuntos ligados a morte ainda continuam tabu, dividindo opiniões na literatura e dentro dos hospitais, porém antes de tudo é necessário garantir a dignidade humana do começo da vida ao seu fim, salvaguardando os direitos universais e a liberdade individual. Desse modo, cada indivíduo poderá traçar os limites de sua própria dignidade.

7 REFERÊNCIAS

BORGHI, Camila Amaral et al. Vivenciando a dor: a experiência de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 67-73, Aug. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 de out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600010>.

BRASIL. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 13 nov. 2017]. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_sit_e.pdf.

CELLA, Igor Furlan et al. Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment. *Rev. dor*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 245-247, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000400245&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160081>.

CHRISTENSEN E. The re-emergence of the liberal-communitarian debate in bioethics: Exercising self-determination and participation in biomedical research. *J Med Philos.* 2012 jun;37(3):255-76.

COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James R.. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 222-230, June 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000200222&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170031>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. 98p.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. [Internet]. (acesso 17 nov. 2017). Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. (acesso em 17 nov. 2017). Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 14 nov 2017]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm

CURY, Augusto. O Futuro da Humanidade. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DA ROCHA, Andréia Ribeiro et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. Porto Alegre: Laboratório de Bioética e de Ética Aplicada A Animais do Instituto de Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013. 12 p.

DONATO, Suzana Cristina Teixeira et al . Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 50, n. 6, p. 1014-1024, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000601014&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700019>.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F.R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. Revista Bioética, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 318-327, 2013.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian; SREDNI, Sidney. Systemic drug therapy for neuropathic pain. Rev. dor, São Paulo , v. 17, supl. 1, p. 91-94, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500091&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160057>

JUNGES JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. Rev. bioét. (Impr.). 2010;18(2):275-88.

KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. Bioét., Brasília , v. 22, n. 1, p. 94-104, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>.

LEAL NETO, João de Souza; BARBOSA, Aline Rodrigues; MENEGHINI, Vandrize. Diseases and chronic health conditions, multimorbidity and body mass index in older adults. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.*, Florianópolis , v. 18, n. 5, p. 509-519, Oct. 2016 .

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 23, n. 1, p. 31-39, abr. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100031&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043>.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS ;CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos.v 2*, 2013.

MARTINEZ, Sergio Rodrigo. BELO, Skarleth Zaluski. Os pacientes terminais e o principio da dignidade da pessoa humana. *Civilistica.com*. Rio de Janeiro, a. 4, n. 1, jan.-jun./2015. Disponível em: . Data de acesso em 20 de outubro 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1083, de 02 de out. 2012. *Dor Crônica*, Brasília DF, out 2012.

MORAIS IM. Autonomia pessoal e morte. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2010;18(2):289-309

OLIVEIRA, Anara da Luz; PALMA SOBRINHO, Natália da; CUNHA, Beatriz Aparecida Silva. Chronic cancer pain management by the nursing team. *Rev. dor*, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 219-222, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300219&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160075>.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JUNIOR, José Jailson de; DAMASIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 22, n. 3, p. 550-560, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223038>.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JUNIOR, José Jailson de; DAMASIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 22, n. 3, p. 550-560, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223038>.

PASERO, C & McCARFFERY. M. Neurophysiology of pain and analgesia and the pathophysiology of neuropathic pain. In: Pain Assessment and Pharmacologic Management. St. Louis. 1ª Ed. Elsevier, p. 1-12, 2011.

PINELI, Paula Pereira et al . Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 540-546, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400540&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>.

POLETTI, Sadi; BETTINELLI, Luiz Antonio; SANTIN, Janaína Rigo. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. Rev. Bioét., Brasília , v. 24, n. 3, p. 590-595, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300590&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243158>.

RAMOS, Ana Filipa Nunes; TAVARES, Ana Patricia Marques; MENDONCA, Susana Maria Sobral. Pain and dyspnea control in cancer patients of an urgency setting: nursing intervention results. Rev. dor, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 166-172, Apr. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000200166&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170033>.

RICARDO TAVARES DE CARVALHO (Org.). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2013.

SANTANA, Júlio César Batista et al . Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. Rev. Bioét., Brasília , v. 25, n. 1, p. 158-167, Apr. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100158&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251177>.

TAVARES CQ. Espiritualidade e bioética: prevenção da “violência” em instituições de saúde. Rev Pistis Prax Teol Pastor. 2013;5(1):39-57.

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 1, p. 84-91, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100012>.

WHO. WHO. [acesso em: 19 de janeiro 2018]. Disponível em:http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf.